

P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

EU, Francinaldo Medeiros Patrício, brasileiro, casado, pescador, com CPF nº 052.215.114-01, RG nº 2162186, e residente no Sítio Carau, nº 13, Centro, SÃO RAFAEL/RN, CEP: 59.518.000, telefone pra contato: (84) 9.8734-5536 ou 9.9901-7402, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; (OAB7469/RN) podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na Comarca ASSÚ-RN, podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Assú-RN, em 19 de junho de 2019.

Outorgante: + Francinaldo Medeiros Patrício.

- Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Francinaldo Medeiros Patrício, brasileiro, casado, pescador, com CPF nº 052.215.114-01, RG nº 2162186, e residente no Sítio Caráú, nº 13, Centro, SÃO RAFAEL/RN, CEP: 59.518.000, que é pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na Comarca de Assú - Rio Grande do Norte. Afirma ainda ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Assú-RN, em 19 de julho de 2019.

Declarante: Francinaldo Medeiros Patrício

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

EU, **Francinaldo Medeiros Patricio**, brasileiro, casado, pescador, com CPF nº 052.215.114-01, RG nº 2162186, e residente no Sítio Caraú, nº 13, Centro, SÃO RAFAEL/RN, CEP: 59.518.000, DECLARA, sob as penas da lei que é isento de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes, fazendo presente declaração nos termos - conforme previsto na Lei 7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Assú-RN, em 19 de julho de 2019.

Declarante: Francinaldo Medeiros Patricio

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS
COM CLAUSULA "AD EXITUM"

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado EU, **Francinaldo Medeiros Patrício**, brasileiro, casado, pescador, com CPF nº 052.215.114-01, RG nº 2162186, e residente no Sítio Caraú, nº 13, Centro, SÃO RAFAEL/RN, CEP: 59.518.000, **COMARCA DE ASSÚ/RN**, com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antônio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de ASSÚ-RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à **30% (TRINTA POR CENTO)** sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Assú-RN, em 19 de julho de 2019.

Contratante: + Francinaldo Medeiros Patrício

Telefone: 84 9.8734-5536 ou 9.9901-7402

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO- OAB/7469



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LOCAL: **FRANCINALDO MEDEIROS PATRÍCIO**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF: **2162186 ITRF RN**

CNPJ: **052.215.114-01** DATA NASCIMENTO: **06/10/1983**

FILIAÇÃO: **JOSE PATRÍCIO FILHO**
MARIA DE FÁTIMA DE MEDEIROS

PERMISSÃO: **AD** CAT. HAB: **AD**

Nº REGISTRO: **03495839149** VALIDADE: **03/02/2024** V. ANULAÇÃO: **03/02/2005**

OBSERVAÇÕES:

Francinaldo Medeiros Patricio

LOCAL: **ASSU, RN** DATA EMISSÃO: **05/02/2019**

Antônio Santiago Filho
Diretor Geral - Detran/RN

08045024657
83795074099

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1756788770



Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Francimbaldo Velozes Patricio
ASSINATURA DO PORTADOR

Due _____

INSCRIÇÃO JOSE PATRÍCIO FILHO MARIA DE FÁTIMA DE MEDEIROS INTERMEDIARIZAÇÃO COLÔNIA Z-27 INSCRIÇÃO 180.69064.38.1 052.215.114.01 DATA DE EMISSÃO 27/03/2012 Assinatura: <i>A. M.</i> Américo Roberto Tunes SECRETÁRIO DE MONITORAMENTO E CONTROLE DA PISCICULTURA - SEMOC		MINISTÉRIO DA PÊSCA E AQUICULTURA - MPA CARTEIRA DE PESCADOR(A) PROFISSIONAL NÚMERO DO RPP 4B5892 VALIDADE 08/10/2014 NOME FRANCINALDO MEDEIROS PATRÍCIO FOTOGRAFIA  PÊSCA ARTESANAL Nº DE INSCRIÇÃO 2162186 DATA DE EMISSÃO 6/10/1983 Nº DE INSCRIÇÃO SSP/RN DATA DE EMISSÃO 17/01/2007 Nº DE INSCRIÇÃO SEAP DATA DE EMISSÃO 17/01/2007 Assinatura: <i>Francinaldo Medeiros Patrício</i>	
--	--	---	--





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU
Endereço: Rua João Pessoa, 586, Centro, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018091000754
1.2 Data de Expedição: 30/05/2018 08:51:31
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/05/2018 05:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RN 118
2.8 Número: *
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS
2.13 Cidade: SÃO RAFAEL
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCINALDO MEDEIROS PETRÍCIO
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: JOSE PATRÍCIO FILHO
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA DE MEDEIROS
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 08/10/1983
3.13 Profissão: PESCADOR
3.14 RG: 2162186 - ITEPIRN
3.15 Telefone(s): 84 999017402
3.16 Passaporte:
3.17 Número: *
3.18 Naturalidade: SÃO RAFAEL RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: SÍTIO CARAU
3.23 Cidade: SÃO RAFAEL
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOSE MARIANO DE MACEDO
6.1.2 Nome Social:
6.1.3 Estado civil: Solteiro(a)
6.1.4 Etnia: Parda
6.1.5 Identidade de Gênero:
6.1.6 Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MOURA MACEDO
6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.8 Sexo: MASCULINO
6.1.9 Pai: Parda
6.1.10 CPF:
6.1.11 Data de Nascimento: 22/02/1973
6.1.12 Nacionalidade:
6.1.13 RG: 001357765
6.1.14 Passaporte:
6.1.15 Profissão: PESCADOR
6.1.16 Logradouro: SÍTIO CARAU, CASA DE MANOEL FRANCISCO DE MOURA
6.1.17 Número: *
6.1.18 CEP:
6.1.19 Bairro: ZONA RURAL
6.1.20 Cidade: SÃO RAFAEL
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
6.2.1 Nome Completo: MANOEL MATIAS DA CUNHA FILHO
6.2.2 Nome Social:
6.2.3 Estado civil: Casado(a)
6.2.4 Etnia: Parda
6.2.5 Identidade de Gênero:
6.2.6 Mãe: MARIA LUIZA DA CUNHA
6.2.7 Orientação Sexual:
6.2.8 Sexo: MASCULINO
6.2.9 Pai: Parda
6.2.10 CPF:
6.2.11 Data de Nascimento: 06/09/1974
6.2.12 Nacionalidade:
6.2.13 RG: 1468650
6.2.14 Passaporte:
6.2.15 Profissão: AGRICULTOR
6.2.16 Logradouro: SÍTIO SAMBA QUIXABA
6.2.17 Número: 13
6.2.18 CEP:
6.2.19 Bairro: ZONA RURAL
6.2.20 Cidade: ITAJÁ
6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****62586
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: MYM1326
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2004
7.1.10 Ano de Fabricação: 2004
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE UBALDO DA CUNHA
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: FRANCINALDO MEDEIROS PATRÍCIO
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO A CAMINHO DE SÃO RAFAEL, QUE QUANDO UM JUMENTO ATRAVESSOU A PISTA E A VÍTIMA AINDA TENTOU DESVIAR MAS ACABOU COLIDINDO COM O JUMENTO, QUE A TESTEMUNHA JOSÉ MARIANO FOI INFORMANDO DO ACIDENTE E FOI ATE O LOCAL E SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL E MATERNIDADE DR. ANTONIO FERREIRA SOBRINHO NA CIDADE DE SÃO RAFAEL/RN E NO MESMO DIA A VÍTIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL TARCÍSIO MAIA NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN, QUE A VÍTIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO ESQUERDO, NADA MAIS DISSSE. O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS

Protocolo: J2018091000754 - Código de autenticação: 16eda0b8f923c34254b537c612148227

Página 1 2



DECLARAÇÕES

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 30/05/2018 08:51:31

AL 219.865.5
Policial

Françinaldo Medeiros Patrício
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto

Impresso por: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto em 30/05/2018 08:51:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SINISTRO 3190007661 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCINALDO MEDEIROS PATRICIO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** FRANCINALDO MEDEIROS PATRICIO**CPF/CNPJ:** 05221511401**Posição em 19-07-2019 13:32:12**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

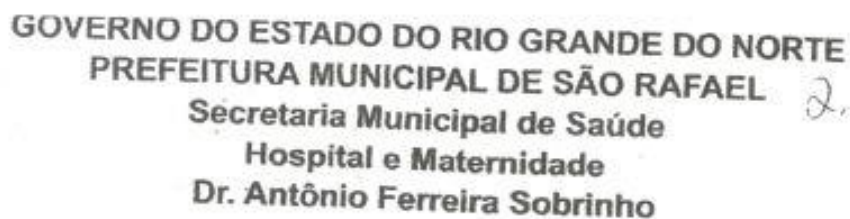
Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/06/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





2,698

NOME: Fernando Roberto Patrício
 IDADE: 34A COR: B SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
 NATURALIDADE: São Paulo CARTÃO: ? TELEFONE:
 ENDEREÇO: St: Enxer BAIRRO: Zona Rural
 NOME DA MÃE: Maria de Fátima Rodrigues DATA: 12/07/88 HORA: 05:25

APARENTEMENTE SEM ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ REGULAR ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):
 Paciente colidiu com o pavimento há 15 min.
 Não houve perda de nível de consciência. Foi
 tratado por 1 minuto no protocolo VIT manualpad

EXAME FÍSICO:

EXAME FÍSICO: 180 cm, 70 kg, normal, bem-humorado, hidratado, eufórico

3-10-1941

7 - 1000000 ART. SING

6 - Henry J. White

$D = 6.5$, $\mu_{\text{max}} = 1.5$

~~1. Fresh water~~

~~Plano, 1911~~

Am 1. April 1911

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA

PRESSÃO ARTERIAL

RESPIRAÇÃO

GLASGOW

SCORE FINAL

TEMP.

PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fatura exportada antes do ardebrar
Quilô - Indonésia II





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO RAFAEL

2.698

Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade
Dr. Antônio Ferreira Sobrinho

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
PRONTO SOCORRO

NOME: Francinildo Medeiros Patricio
IDADE: 34A COR: B SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: São Rafael CARTÃO: ? TELEFONE:
ENDEREÇO: St. Camé BAIRRO: Zona Rural
NOME DA MÃE: Maria de Fátima Medeiros DATA: 12/07/18 HORA: 05:25

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ REGULAR ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

Paciente colidido com veículo a motor há 15 min.
Não houve perda de nível de consciência. Foi
tratado por 1 minuto no protocolo VST reabilitado.

EXAME FÍSICO:

566 vpl, consciente, orientado, aguçado.
A - VAP, no abdômen a
B - VAP, no abdômen a
C - VAP, no abdômen a
D - 6.5, no abdômen a
E - fratura exposta da tíbia por parte da amputação de membro.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura exposta da tíbia do membro II
(guilho - fratura II)



Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

1) P.O. zero
 2) Adm. venosa salmazole 40 mg 16h
 3) Difenidramina 50 mg 8h e 16h
 4) Paracetamol 500 mg 8h, 16h e 20h
 5) Imobilizado C
 6) Gafeta 40 mg 8h e 16h
 7) SAI 8000 e 16h em (A.T.R.)

Ass. do Responsável
 Dr. Ricardo Augusto M. Souza
 Médico
 CRM/RN 8842

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM
HORA _____ HS	_____	HORA _____ PARA _____

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____	HORA 06:40	
ÓBITO _____	HORA _____	
ENTREGUE:	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DE PLANTÃO (Carimbo)





HOSPITAL REGDA
ESTA CON ORO
SOME
18 06 18
SOME SHOWING

Name: Fredericks podiceps Vahlin
36 ans

A *Orthopoda* K. A. Tachy, com
Balanço percentual de
albedo preto & prateado. 30
30 min, 1/2 hora de
de conservação em água
de abono. Traz do
por fragmento, 1/2
1/2 de abono.

А. В. В. В.

$\mu_A = 120 \pm 80$

$\gamma_L = 86 \text{ bpm}$

Pr: 18 mm

Salv. 982 11-22 21

Data: 1 1 1

Assinatura e Carimbo



EGE, vgl, comente, crânio,
supra

a - vop, 31 curvelg

b - MUCIA AIA SIM

c - Hemod. estavel

d - G15, pur, les, inf, etc.

e - Fratura exposta em antebraço -
E a perda de mobilidade
dos dedos da mão

5) Fratura exposta do 2º e 3º
do antebraço (ant. lo - mediana)
II

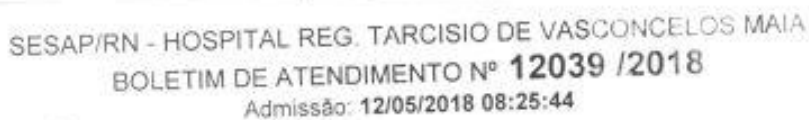
2) Fraturas

- CD
- 1) Dieta zero
 - 2) Vender de SF 0,5% + Gluco
 - 3) Ceftriaxone 2g iv
 - 4) Gentamicina 8mg iv (1 unidade)
 - 5) Imobilização + Curativo
 - 6) Transf 10cc + Plasma 1g
 - 7) SAT 5000 UI (NAC TEN)

Dr. Ricardo Augusto W. Silva
Médico
CRM 8542

17.09.18 6.00





Número do documento: 19090210224017000000046785978

<div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;"> <p>Sistema Único de Saúde</p> <p>Ministério da Saúde</p> </div>		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
<p>Identificação do Estabelecimento de Saúde</p> <p>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</p>		<p>2 - CIES</p>	
<p>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</p> <p style="font-size: 1.2em;">H.R.T.M.</p>		<p>4 - CIES</p>	
<p>Identificação do Paciente</p> <p>5 - NOME DO PACIENTE</p> <p style="font-size: 1.2em;">Houcinildo Medeiros Polanco</p>		<p>6 - Nº DO FRONTEIRO</p>	
<p>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</p> <p style="font-size: 1.2em;">71016309171514131017121710</p>		<p>8 - DATA DE NASCIMENTO</p> <p style="font-size: 1.2em;">06/10/1983</p>	
<p>9 - SEXO</p> <p>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p>		<p>10 - RAÇA/COR</p>	
<p>11 - NOME DA MÃE</p> <p style="font-size: 1.2em;">Mara de Fátima de Medeiros</p>		<p>12 - TELEFONE DE CONTATO</p>	
<p>13 - NOME DO RESPONSÁVEL</p>		<p>14 - TELEFONE DE CONTATO</p>	
<p>15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</p>		<p>17 - COD. IBGE MUNICÍPIO</p>	
<p>16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</p>		<p>18 - UF</p>	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
<p>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p style="font-size: 1.5em;">Queixa de ruído com dor + peristaltismo em ombro (E)</p>			
<p>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p style="font-size: 1.5em;">fratura exposta ombro do</p>			
<p>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</p> <p style="font-size: 1.5em;">RX + elowm fr</p>			
<p>23 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p> <p style="font-size: 1.5em;">fratura ombro</p>		<p>24 - CID 10 PRINCIPAL</p> <p style="font-size: 1.5em;">S52B</p>	
<p>25 - CID 10 SECUNDÁRIO</p>		<p>26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<p>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</p>		<p>28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</p> <p style="font-size: 1.2em;">014193190104133</p>	
<p>29 - CLÍNICA</p>	<p>30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</p>	<p>31 - DOCUMENTO</p> <p>() CNS () CPF</p>	<p>32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p>
<p>33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p>		<p>34 - DATA DA SOLICITAÇÃO</p> <p style="font-size: 1.2em;">12/05/18</p>	<p>35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
<p>36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO</p>		<p>39 - Nº DO BILHETE</p>	
<p>37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO</p>		<p>41 - SÉRIE</p>	
<p>38 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO</p>		<p>42 - CNPJ EMPRESA</p>	
<p>43 - CNPJ DA EMPRESA</p>		<p>44 - CBO</p>	
<p>45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA</p> <p>() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</p>			
AUTORIZAÇÃO			
<p>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p>		<p>47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR</p>	
<p>48 - DOCUMENTO</p> <p>() CNS () CPF</p>		<p>49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p>	
<p>50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</p>		<p>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</p>	
<p>52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</p>			



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1325 /2018

Prontuário: 201275

Paciente: 11061 - FRANCINALDO MEDEIROS PATRICO

Cartão SUS: 706309754307270

Idade: 34 anos 7 meses 6 dias

Sexo: M

CPF: 05221511401

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 06/10/1983

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DE FATIMA DE MEDEIROS

Nome do pai: JOSE PATRICIO FILHO

Rua/Av: SITIO CARAU

Complemento:

CEP: 59518000

Telefone: 84 99017402 84 99017402

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: FRANCINALDO MEDEIROS PATRICO -

Usuário: JOSE MARIA DA SILVA

Nº 13

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO RAFAEL

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 304. 02

Admissão: 12/05/2018 08:58:03 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.8 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO
408020423 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
NOME: FRANCINALDO MEDEIROS PATRICO
SANEAMENTO

MOSSORO, 12 de Maio de 2018

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CI





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome FERNANDA M. A. M. S. PATRICK Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FI - EXPOSIÇÃO DE OSTEÓFITO

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: DR. NATALIA

1º Auxiliar: ARIEL

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: DR. VIVIANE



INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

- 1) PU 20h, sob anestesia
- 2) Abertura da ferida, com curativo
- 3) Realização de limpeza e drenagem
- 4) Desbridamento
- 5) Nova drenagem
- 6) Sutura de ferimento
- 7) Ferimento com drenagem





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

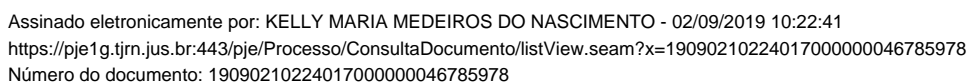
Nome: Fernando Vester de Leito: 306-3

Nome: Rafael de Oliveira Leito 306-3

3063
DRA
PYRA

PRESCRIÇÃO

Dr. Nayara G. Souza
Ortopedia, Traumatologia
CRM 248728





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FRANCINALDO MEDEIROS PATRICO
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 12/05/18

34 anos
Leito: 306-3
São Rafael Código: 11061

DATA	EVOLUÇÃO
15/05/18	4 DIH: Fx exposta de ossos do antebraço Esquerdo Refere dor no membro acometido. Diurese e evacuações presente. BEG, eupneica, normocorada, hidratado, afebril. FO sem secreção CD: VPM pré-operatório OK Baixo risco cardiovascular Aguarda cirurgia definitiva

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF 0,9% 1500 ml p/ 24h, EV	
3 D3	Ciprofloxacino 400mg, EV, 12/12h	
4	Omeprazol 20mg VO em jejum	
5	Dipirona 2ml+ABD, EV, 6/6h	
6	Tramal 100 mg + 100 mL SF 0,9%, EV, 8/8h SN	
7	Curativo diário	
8	SSVV e CCGG	
9		
10		
11		





GOVERNHO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL</i>		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Francineide Leal de Jesus</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>06/06/65</i>	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>trauma no membro B e C</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>fratura da tíbia e fíbula</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exames realizados</i>			
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>fratura da tíbia e fíbula</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>tratamento cirúrgico</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>17.05.18</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
30 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	31 - CNPJ DA SEGURADORA	32 - Nº DO BILHETE	33 - BÔNUS
34 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	35 - CNPJ	36 -	37 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
39 - CID PRINCIPAL		40 - () GRAVE	41 - () GRAVESSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	44 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIP)	
46 - DT AUTORIZ.	47 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	49 -		
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 347132	DATA 26/05/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	(X) CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	
ACOMODAÇÃO: 56	LEITO: 36A	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 706309754707270	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: FRANCISCO MENEZES PATRÍO	SEXO: M () F ()
DATA DE NASCIMENTO: 06/12/53	RG: 2162186 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DE FÁTIMA DE MENEZES	
PAI: JOSÉ PATRÍO FILHO	
ENDEREÇO: SÍTIO CARAV	Nº 13
BAIRRO: ZONA RURAL	CIDADE: SÃO MARCEL
ESTADO: RN	CEP: 53513-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 93301-7470	FONE: (84) 93307-7583

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA:	() MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () OBITO
DATA: / / 2018 HORA:	ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Acidente de moto a 12 km/h
 há 10 dias após
 transito do antenário 5

$\mu_0 =$ Equivalência dupla do
vazio + Equivalência da
vida (fratura livre)

Tralank
~~oito centos~~ no natis (dupla)
 + V. A. E. 17113

221027108

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data:

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortodontia - Traumatologia
...S-RN





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DE PAULO GURGEL

CHEQUELISTA DE ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DO PACIENTE

Nome completo: Francinaldo Medeiros - Rodolfo
RG: 2162186
Cirurgia proposta: Abdomino e

Unidade de origem: _____
Data Nascimento: 05.10.83
Data: 22.05.18
Modalidade: () Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none">Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoPromatório completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoSítio cirúrgico demarcado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaConsentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoConsentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoConsentimento transfuncional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaBarba <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaTriclotomia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaHorário Local Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Início <input type="checkbox"/> 00 h <input type="checkbox"/> NãoExames Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> ImagemBiópsiaRelatório prétese e adiornos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoTipo de precatário <input checked="" type="checkbox"/> Adão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Isoladas <input type="checkbox"/> AgressãoPar/Tire cut <u>Thogor</u>	<ul style="list-style-type: none">Confirmação sobre o cliente Identificação do cliente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Consentimento anestésico e cirúrgico Sítio cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoRevisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoMateriais de vias aéreas disponíveis e funcionantes Anestoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2 Óxio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambú Bougie <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador Câmbula endotracheal Há risco de perda sanguínea > 500ml. (7ml/Kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoReserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoAcesso venoso adequado e perfuso? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> OAVC <input type="checkbox"/> AVTO cliente tem acesso? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoObs: _____	<ul style="list-style-type: none">Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff 1º cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado Placa de eletrocárdio Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoExames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaRevisão do procedimento. Passos críticos Duração estimada. Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoRevisão do anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoFixação das etiquetas de esterilização no promatório <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoObs: _____	<ul style="list-style-type: none">Procedimento realizadoA contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaPegadas anatômicas/cutâneas e identificações adequadamente e requisitadas preenchidas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaHouve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicaRecomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião <u>Dr. Medeiros</u>Anestesta <u>Dr. Gustavo</u>Enfermagem <u>Lucy, Rita, Mariana e Alice</u>Obs: _____Ass: _____



6

	μ_1	μ_2	μ_3	μ_4
--	---------	---------	---------	---------

CAPTAPRIL 25
CEFETRIAXONE

PROF. FOLIOGRAFIA
Dr. Paulo Gurgel

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Faixa de suporte
Articulação do ombro
Cirurgia de fratura (radio e ulna),
trabalha de fixação da raia do radio
com fio de ligamento
fixação da ulna com fio de ligamento
liberação da faixa de suporte
limpeza com álcool
curativo com gaze fisiológica.
curativo site a ferida, curativo.
Fim da cirurgia (faixa Axila Italiana)

ASSINATURA DO CARIÓTIPO DO MEDICO

26/07/18

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO: Bloqueio Perno Braquial + Sedação

TECNICA

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

NOR	14:20	15:20	16:15	
20	14:20	15:20	16:15	
18	14:20	15:20	16:15	
16	14:20	15:20	16:15	
14	14:20	15:20	16:15	
12	14:20	15:20	16:15	
10	14:20	15:20	16:15	
8	14:20	15:20	16:15	
6	14:20	15:20	16:15	
4	14:20	15:20	16:15	
2	14:20	15:20	16:15	
0	14:20	15:20	16:15	
RE	14:20	15:20	16:15	
1	14:20	15:20	16:15	
2	14:20	15:20	16:15	
3	14:20	15:20	16:15	
4	14:20	15:20	16:15	
5	14:20	15:20	16:15	
6	14:20	15:20	16:15	
7	14:20	15:20	16:15	
8	14:20	15:20	16:15	
9	14:20	15:20	16:15	
10	14:20	15:20	16:15	
11	14:20	15:20	16:15	
12	14:20	15:20	16:15	
13	14:20	15:20	16:15	
14	14:20	15:20	16:15	
15	14:20	15:20	16:15	
16	14:20	15:20	16:15	
17	14:20	15:20	16:15	
18	14:20	15:20	16:15	
19	14:20	15:20	16:15	
20	14:20	15:20	16:15	
21	14:20	15:20	16:15	
22	14:20	15:20	16:15	
23	14:20	15:20	16:15	
24	14:20	15:20	16:15	
25	14:20	15:20	16:15	
26	14:20	15:20	16:15	
27	14:20	15:20	16:15	
28	14:20	15:20	16:15	
29	14:20	15:20	16:15	
30	14:20	15:20	16:15	
31	14:20	15:20	16:15	
32	14:20	15:20	16:15	
33	14:20	15:20	16:15	
34	14:20	15:20	16:15	
35	14:20	15:20	16:15	
36	14:20	15:20	16:15	
37	14:20	15:20	16:15	
38	14:20	15:20	16:15	
39	14:20	15:20	16:15	
40	14:20	15:20	16:15	
41	14:20	15:20	16:15	
42	14:20	15:20	16:15	
43	14:20	15:20	16:15	
44	14:20	15:20	16:15	
45	14:20	15:20	16:15	
46	14:20	15:20	16:15	
47	14:20	15:20	16:15	
48	14:20	15:20	16:15	
49	14:20	15:20	16:15	
50	14:20	15:20	16:15	
51	14:20	15:20	16:15	
52	14:20	15:20	16:15	
53	14:20	15:20	16:15	
54	14:20	15:20	16:15	
55	14:20	15:20	16:15	
56	14:20	15:20	16:15	
57	14:20	15:20	16:15	
58	14:20	15:20	16:15	
59	14:20	15:20	16:15	
60	14:20	15:20	16:15	
61	14:20	15:20	16:15	
62	14:20	15:20	16:15	
63	14:20	15:20	16:15	
64	14:20	15:20	16:15	
65	14:20	15:20	16:15	
66	14:20	15:20	16:15	
67	14:20	15:20	16:15	
68	14:20	15:20	16:15	
69	14:20	15:20	16:15	
70	14:20	15:20	16:15	
71	14:20	15:20	16:15	
72	14:20	15:20	16:15	
73	14:20	15:20	16:15	
74	14:20	15:20	16:15	
75	14:20	15:20	16:15	
76	14:20	15:20	16:15	
77	14:20	15:20	16:15	
78	14:20	15:20	16:15	
79	14:20	15:20	16:15	
80	14:20	15:20	16:15	
81	14:20	15:20	16:15	
82	14:20	15:20	16:15	
83	14:20	15:20	16:15	
84	14:20	15:20	16:15	
85	14:20	15:20	16:15	
86	14:20	15:20	16:15	
87	14:20	15:20	16:15	
88	14:20	15:20	16:15	
89	14:20	15:20	16:15	
90	14:20	15:20	16:15	
91	14:20	15:20	16:15	
92	14:20	15:20	16:15	
93	14:20	15:20	16:15	
94	14:20	15:20	16:15	
95	14:20	15:20	16:15	
96	14:20	15:20	16:15	
97	14:20	15:20	16:15	
98	14:20	15:20	16:15	
99	14:20	15:20	16:15	
100	14:20	15:20	16:15	

1. Verificação de gelos 18
2. monitorização - oxim - card - PAVE - cateter - O2 a 2lpm
3. lefalestina 2g
4. Derametanona 10mg
5. Bromoprida 10mg
6. Ranitidina 50mg
7. Dipirona 2g
8. Temocoran 40mg

silv

MIN. 27 ACRÉSCIMO	MIN. 57 ACRÉSCIMO	DTAIS	INICIO DA ANESTESIA	14:20
			INICIO DA CIRURGIA	14:45
			TERMINO DA CIRURIA	16:10
			TERMINO DA ANESTESIA	16:10
			OBSERVAÇÕES:	



Dr. Paulo Cargel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Francineldo Medeiros Patrício Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 06/10/83 IDADE 34 Sexo M LEITO: 206A Data de Admissão 22.05/18
MÚNICO: Aracis

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUN: 1 COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não ☒ Sim início: 03:30 PESO: 60,8 Kg Altura: 1,74 cm

RETENÇÃO DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☒ SIM () NÃO

ALERGIAS: ☒ NÃO () SIM: Não

DOENÇAS PREEXISTENTES: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Mareipasso () Outros: Não Medicamentos de uso frequente: Não

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não ☒ Sim

Exames: () Labor ☒ Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Enclausurado: () Deambulando ☒ Cadeira de Rodas () Maca ☒ consciente () Inconsciente ☒ Orientado ()
De _____

Anotações de Entregue:

Com a seguinte informação acima por BRUNO THAYAN DA C. MARINHO Admitido na sala: 01 Hora 12:58 TE

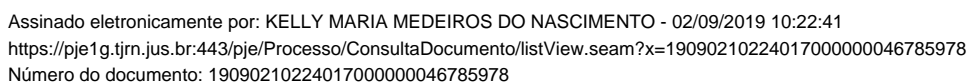
ETAPA 1: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirrus: 100% resposta

Gratunice de antelunage E + lucrare

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ☒ Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipamento presente ☒ Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ☒
3. Técnica de consentimento ☒ Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ☒ sim () não () não aplicável
5. Bateria elétrica disponível e testado ☒
6. Aquecimento da anestesia ☒
7. Equipamento de Vídeo ☒
8. Monitor multi-parâmetro ☒
9. Saída de Oxigênio ☒ Ar Comprimido ☒ Vácuo ☒
10. Anestésico inalatório disponível e testado ☒
11. Temperatura ambiente testada ☒



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim (X) Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim (X) não
 14. Aparelho de anestesia testado (X) sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (X) sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica (X) Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado (X) sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada (X) sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (X)
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (X)

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal (X) Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: (X) sim () não PNI/Manguito em: MEI Placa neutra: Local: Anterior-lateral
 Passado faixa de smarch: Não (X) sim, em: MEI Início 14:40 Término 16:05

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante () Clorex aquoso

() Clorex Alcoolica (X) PVPI degermante

(X) PVPI tintura (X) Alcool 97%

Infusões: SFO, 9% 750 ml R. Lactato: _____ ml R. Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 142/68 mmHg FC: 87 bpm Sat: 94 % T: 36 °C Hora: 16:00

Anestesia: Início 14:40 Término 16:16 () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural () Raqui (X) Bloqueio: Alilar + Riscoço

IOT: (X) Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: (X) não () sim nº _____

AVP: () não (X) sim PRD Jelco nº 30 por Dr. Cristóvão

Cateter O2: () não (X) sim SNG: (X) NÃO () SIM Nº _____ SVD (X) NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo limpeza e seco

Cultura: _____ Anát. Patológico: () Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por: Quintina da Silva Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (X) sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 6:30 - 24 atelona 2g, Dipirona 2g, Dexametazona 10mg, Bromoprida 10mg, Ranitidina 10mg, Simvastatina 40mg



OPME:

Cl. de K... m. 2.0.000
Cl. de K... m. 2.5.000

Anotaç:

Interrupções de tratamento com agente opaco
Realização de exames de rotina e testes de função renal

Início d:

14/9

Termo da cirurgia:

16/10

C. RUP:

INSTR:

14/9

ASSISTENTE:

ANESTESIOLOGISTA

CIRCULANTE:

ENFERMEIRA:

URPA (

em pós-anestésica)

Condiç:

paciente:

☒ Acord:

☐ em ambiente ☐ MV 50%

☐ Cat:

☒ AVC

☐ Hipot:

☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Tremor ☐ Dor ☐ Baixa Saturação

☐ Hem:

☐ Rigidez ☐ Dispneia ☐ Broncoespasmo ☐ Outros: _____

Medica:

em URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

A. P. V.:

☐ IADA ☐ DRENOS ☐ CURATIVOS LIMPO ☒

CESS:

☐ MIE ☐

E. M.:

2F

2F

☐ USG ☐ TC ☐ RNM ☐ RISCO CIRURGICO ☐ OUTROS _____

ENCAT:

☒

☐ UTI ☐ Alta Hospitalar ☐ Outros _____

Anal.:

ENCAT:

2F

direção de 2F para 1F



Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Assis

PACIENTE: Fernando Mauro Petrucci

SETOR: Unidade

LEITO: 206+

DIAGNOSTICO MÉDICO: 47B (E)

IDADE: 34

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: Não DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

Ac. carvo 1ma EVOLUÇÃO 22/05/18 HORÁRIO: 12h

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV: _____
☐ BI: _____
☐ ATB: _____

PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ SUPINEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Sem queixas. Ruído. R4(01), ead. ead.

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☒ ZERO ☐ VÔMITO _____ vezes

Ana Cláudia Santos
Gurgel Medeiros
COREN - RN 25.676 - ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 22/05/18

HORÁRIO: 21:00

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO ☒ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV: _____
☐ BI: _____
☐ ATB: _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA



PELE

() HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
 () NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
 () EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
 () HIPOTERMIA: _____
 () HIPERTERMIA: _____
 () DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
 () BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
 () RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 () TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() ESTÍMULO: _____
 () AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

() FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
 () DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
 () TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
 () SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
 () SNG/SNG _____
 () RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 () ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: - Sem febre

- Rins - x RL

- Alteração de vitalidade por alteração do 2º membro superior direito de 45% de 25% para 100% de 25% para 100%

Bruna Santana
 ENFERMEIRA
 Coren/RN 514.035

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO ____/____/____

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 () ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
 () HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 () COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
 () AVC: _____
 () Jelco: _____
 () Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() IV _____
 () BI _____
 () ATB _____

PELE

() HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
 () NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
 () EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
 () HIPOTERMIA: _____
 () HIPERTERMIA: _____
 () DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
 () BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
 () RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 () TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

HORÁRIO:**VENTILAÇÃO**

() O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
 () ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

() ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
 () HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
 () POLIÚRIA () SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
 () ESTÍMULO: _____
 () AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

() FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
 () DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
 () TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
 () SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
 () SNG/SNG _____
 () RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 () ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

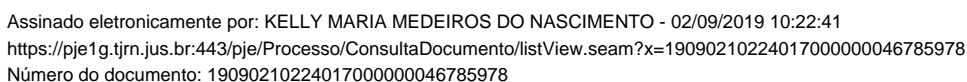
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





PACIENTE Francinaldo Medeiros Pacheco
 APTO.: _____ Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

INCUBADOR		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		ASSINAT.
DATA	HORA			Dynara Admédio de Araújo Téc. de Enfermagem COREN/RN 1.141.782
22.05.18	13:10	Doa e co. c. c. em maca,		
22.05.18	17:20	acompanha do primário		
22.05.18	20:10	paciente retorna do CT do maca		
22.05.18	20:10	acompanhado do noqueiro. ANO		
22.05.18	20:10	01. Alérgico de H+ Exams lab.		
22.05.18	20:10	doim. med. Voltamex + 5mg		
22.05.18	22:10	IM + Dexametasona + 10. ASD		
22.05.18	22:10	doim. Aspiratona + 9. ASD		
22.05.18	22:10	- doim. med. Aspiratona + 9. ASD + 9. ASD		
22.05.18	22:10	ASD + 9. ASD		
22.05.18	22:10	doim. med. Aspiratona + 9. ASD		
22.05.18	22:10	+ Naloxona 2CC + 9. ASD		
23.05.18	07:20	Punhado curativo em MSE em F.O. e resíduo		
23.05.18	07:20	tala axilo-palmar conforme prescrição e orientação		
23.05.18	07:20	médico. F.O. limpa, seca e membros distais		
23.05.18	07:20	edemaciados.		
23.05.18	08:45	paciente saiu de sala hospitalar ac-		
23.05.18	08:45	ompanhado por seu esposo con-		
23.05.18	08:45	sente, orientado, ambiente. Acom-		
23.05.18	08:45	panhado em carro 2R1 + 1R2.		
23.05.18	08:45	lab. e alérgico		



DATA: 8/2 / 05 / 125

APTO/ENF. 006A
DATA: 02/05/18

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROTCAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
ZEICO Nº	
SCAP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPi	
ETER	
ALCOOL 70%/ml	
AGUIDÃO BOLA	
AGUIDÃO DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
PDMMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LÂMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIOL. 0,9%	
FITA HGT	

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 02/09/2019 10:22:41

PRESCRICAO MEDICA

PACIENTE: **Travessialdo Medeiros Talma**

REGISTRO: _____ CONVENIO: _____ DATA: _____

23/04/18

Alto

Ortopedia e Traumatologia

PRESCRICAO

HORARIOS

RECETARIO

REC. FARMACIA

DÉBITOS	
SERINGUA 01	
SERINGUA 03 cc	
SERINGUA 05 cc	
SERINGUA 10 cc	
SERINGUA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ B	
EQUIPO P/ SANGUE	
RELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARGOAPQ	
MICROPORQ	
PVP	
TER	
ALCOOL 70%ml	
AGULHA BOLA	
AGULHA DISC.	
CEPOM Nº	
ALGODAO DITOP	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
FILTROLODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
ATA HGT	



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

Franciscão M. Patúcio

PACIENTE: _____ REGISTRO Nº _____
APTO.: Tr Fis de Artye CONVERSO
MÉDICO: _____

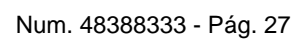
DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
22/07/18	Intenado para cirurgia Sul de curia Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-PN
22/07/18	Realizada cirurgia Fim e aplicação de fixação a saúde da criança Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-PN
23/07/18	Para exames Fito curia + TPA de 4ml Ute. Medicados curia curia utro curia
	Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-PN

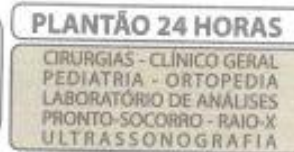


Aptō

CONVÊNIO.:

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUACAO	ASSINATURA
22-08-12	12h	130x80	—	36,3°C	—	—	—	—	—	—
22-08-18	18h	130x80	—	36,0°C	—	—	—	—	—	—
22-08-18	21h	130x70	—	36,0°C	—	—	—	—	—	—





Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Fractura do
medula da tíbia

Exatidão

- Paciente com deformidade do joelho com desvio varo e menor flexão e limite a mobilidade articular daquela de fratura trans do joelho.

Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

22/11/18
Francisco

Natal,





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO RAFAEL
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Francinaldo Martins Patrício

Declaro para os devidos fins, que
o paciente citado acima encontra-se
em tratamento fisioterapêutico para
ganho de amplitude de movimento
do punho e cotovelo E, principalmente
para retorno a dorso ulnar do punho
e supinar do cotovelo; melhorar a
força do M5 e funcionalidade.

Camila Kelly de Moura Oliveira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 186376 - F

Data: 25 / 10 / 2013

Assinatura e Carimbo





Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO RAFAEL
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Evangelista Medeiros Patricio

Receita para os devidos fins que o paciente
citado acima encontra-se em tratamento fisioterapêutico
para reabilitação motora do punho E, limitações decorrentes
de trauma no radio e na ulna.

Apresenta dor no dorso do punho E,
limitação para flexão e extensão do punho E, dor no antebraço e punho E,
dor no punho, dor no antebraço do cotovelo E, dor no
punho do abdômen e dor no punho E.


Camila Kelly de Moura Oliveira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO / 166376 - F

Data: 06 / 12 / 2018

Assinatura e Carimbo





Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: Francisco do Nascimento Pacheco

Dor no pé direito devido ao fratura
presente desde a fratura do fêmur.
na região do fêmur de pulso e
do antebraço e onde no
momento presente houve de lesão fraca
com dor moderada, de fratura anterior, encur-
tando do rádio e ulna por fratura
com lesão de movimento de flexão e
extensão do pulso e, lesão de
supinação do antebraço e movimento
permite a abertura de abertura do
pé por tipo indolente

C.O. 552.5 + 552.9
T92 + M19.1

Mossoró/RN 24.05.19

Dr. Luís F. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4863

CLÍNICA ORTOTRAUMA
Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró / RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-6000 / 3316-0430
www.orto-trauma.com





Paciente: Francinaldo Medeiros Patricio
Sexo: masculino **Data Nasc:** 06/10/1983
Data do exame: 17/10/2018

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

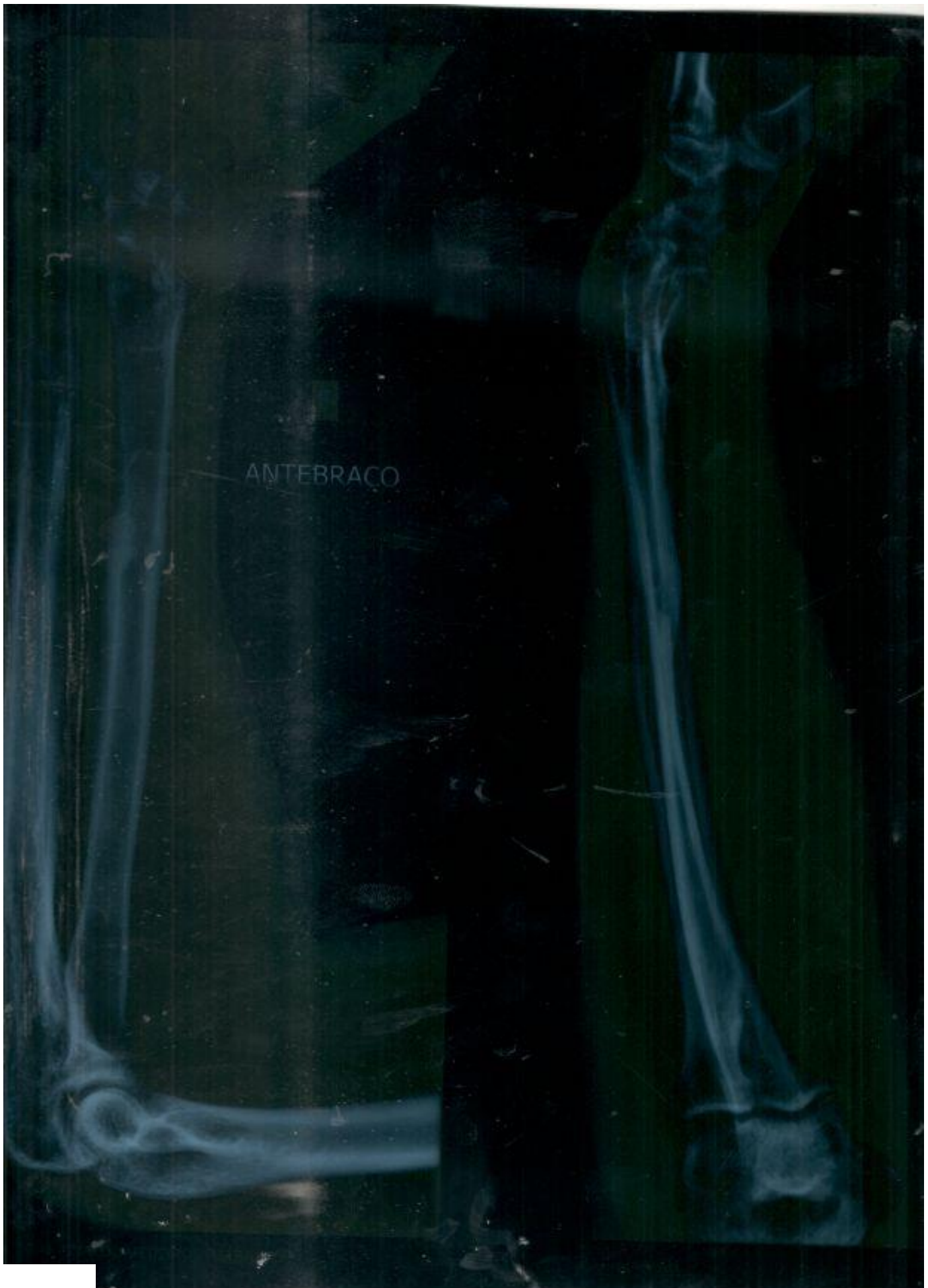
- Controle de tratamento.
- Irregularidades corticais nas regiões diafisárias do rádio e da ulna e metafisária distal do rádio sugestivas de fraturas antigas.
- Espaços articulares conservados.
- Comparar com exames anteriores.

Dra. Luisa de Paiva Dantas CRM SP: 172042

Central de Atendimento: (84) 3315-6900
Mossoró: Juvenal Amartino, 119 - Centro | Assu: Sena do João Câmara, S/N |
Natal: Presidente Médici, 256 - Igapó / Hermes da Fonseca, 455 - Tirol









CLINICA DA CRIANÇA LTDA
FRENQUEL DO ALMEIDA
PRATO DATA 11/06/19
D. ASSIS





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO RAFAEL
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Francivaldo Medeiros Patrício

Declaro para os devidos fins, que
o paciente citado acima encontra-se
em tratamento fisioterapêutico para
ganho de amplitude de movimento
do punho e cotovelo E, principalmente
para sentir a dor no punho e
a supinação do cotovelo; melhorar a
força do MMS e funcionalidade.

Camila Kelly de Moura Oliveira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 166376 - F

Data: 25 / 10 / 2018

Assinatura e Carimbo





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Assu

DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0802788-84.2019.8.20.5100 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCINALDO MEDEIROS PATRICIO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Defiro, momentaneamente, o requerimento de assistência judiciária gratuita, ante a afirmação da parte requerente ser necessitada de assistência judiciária e de achar-se em condição de pobreza jurídica, sob as penas da lei e de pagamento do décuplo das custas judiciais, na forma do disposto no art. 5º, LXXIV, da CF, art. 98 do CPC/2015 e dos arts. 2º, § único, e 4º, § único, da Lei de Assistência Judiciária Gratuita (Lei nº 1.060/50).

Considerando ser improvável a realização de conciliação neste caso, deixo de aprazar audiência de conciliação e, por ser premente a necessidade de realização de perícia médica judicial à análise do merítum causae, defiro, desde já, a produção da prova.

Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia.

Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

Ultrapassadas tais etapas, em atenção à celeridade processual, procedo à nomeação do médico Dr. Eduardo Chagas Carvalho, CRM/RN nº. 6860, CPF/MF nº. 030352564-97, RG nº. 2381637 SSP/PB, residente e domiciliado à Rua Padre Sandoval Ferrer, 380, Cento, São Bento/PB. Dados bancários: Banco do Brasil, agência 1134-7 e conta corrente nº. 13085-0, considerando a aceitação do encargo, por meio de contato telefônico.

Ato contínuo, determino o aprazamento da perícia médica pela Secretaria Judiciária, devendo as partes serem intimadas com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência, salientando-se que a eventual ausência da parte autora deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito sem a produção da prova.



Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao endereço constante em seu comprovante de residência, e por intermédio de seu advogado constituído.

Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de 20 (vinte) dias.

Apresentado o laudo, conforme Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de R\$200,00 (duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários referentes à pauta integral do dia aprazado, devendo a Secretaria Judiciária elaborar uma lista descritiva tanto daquelas efetivamente realizadas, como também dos ausentes.

Frise-se que o depósito judicial abrangerá o valor total das perícias feitas, sendo necessário apenas uma guia de pagamento para tanto, em atenção à economia e celeridade processual.

Feito o pagamento, deve a Secretaria Judiciária juntar a cada processo cópia da lista referida e do respectivo comprovante de depósito, expedindo alvará judicial para levantamento pelo perito em seguida.

Nessa mesma oportunidade, intemem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se, requerendo o que entenderem de direito. Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

Com a manifestação do profissional, intemem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta.

Cumpridas as diligências ora determinadas em sua integralidade, voltem-me conclusos para sentença.

Publique-se.

AÇU, 12 de setembro de 2019

ALINE DANIELE BELEM CORDEIRO LUCAS

Juiz(a) de Direito em substituição legal

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)

